



對不利 **UM** 決定提出申訴之意向
通知 — 第 2 階段

醫療保健提供者姓名 日期

日期

病員姓名

地址

地址

地址

保險業者：		
保險號碼：	請求編號：	醫療記錄：
日期：		
服務/住院：	出院：	
同意和授權：	UM 決定：	
第 1 階段申訴意向通知：	第 1 階段決定：	

親愛的 _____：

您的業者認為您接受的醫療保健服務在醫學上沒有必要。我們不同意該業者的決定，並提出了第 1 階段的申訴。根據您向我們提供的已簽名的委託進行「利用管理」(UM) 決定申訴之同意和在 UM 申訴和主張仲裁中公佈醫療記錄之授權（同意和授權），我們代表您提出了申訴。業者現在發佈了對第 1 階段申訴的決定。

我們仍然不同意業者的決定，並打算提出另一次申訴。這是提出第 2 階段申訴的意向通知。申訴流程有三個階段。在第 1 階段，業者會再次讓一名醫療保健提供者評審您的案例。該醫療保健提供者與最初拒絕服務的醫療保健提供者不是同一人。在第 2 階段，業者將由一個評審小組評審您的案例，其中包括至少一名對您的狀況所需服務十分熟悉的醫療保健提供者。

在第 2 階段申訴結束後，若我們仍然不同意業者的決定，我們可以向紐澤西銀行和保險部的獨立醫療保健申訴計畫 (IHCAP) 提出申訴。IHCAP 與獨立利用評審組織 (IURO) 簽有合約。該「同意和授權」允許我們要求 IURO 進行評審，並出於使申訴得到處理和評審的目的，在必要時與紐澤西銀行和保險部的員工、IURO 以及 IURO 醫療保健提供者分享您的個人健康資訊。然而，您的資訊將在所有情況下保密。

透過填寫我們提供給您以供保存的「同意和授權」副本背頁的項目，您可以隨時撤銷或取消您的「同意和授權」。或者您可以提供您自己的書面通知，只需簡單表明您撤銷您的事先「同意和授權」（通知中包括您簽署「同意和授權」的日期）。在這兩種情況下，均請將任何撤銷通知寄回上面指明的業者。另外，我們將恭候一份撤銷通知的副本。即使您未撤銷您的「同意和授權」，它也將在您簽署之日起兩年後到期。

若您對此事宜有疑問，請透過以下方式聯絡我們：

[Standard sign-off language]